

# 精神病症状学补充讲义

戴梓寿 撰写

一九八三年七月

R749.04/D73

# 精神病症状学补充讲义

戴梓寿

杭州市精神病医院

一九八三年七月

精神病学的症状与其它内、外各科有很大的不同，占有较特殊的重要地位及比重。本小册子旨在补充一些内容以帮助初学者加深理解目前的几本教科书及专著。不求包罗齐全，尽量避免重复。希望对青年医生及本科护士在临床观察、描述和记录讨论中有较多的共同语言。内容计有：

第一节	概 论	( 1 )
第二节	感知觉障碍	( 5 )
第三节	思维障碍	( 16 )
第四节	注意障碍	( 31 )
第五节	记忆障碍	( 33 )
第六节	情感障碍	( 37 )
第七节	意志障碍	( 45 )
第八节	意识浅说	( 54 )
第九节	症状的联系	( 70 )

## 第一节 概论

精神病的症状学在整个精神病学中占有特殊地位，与内外科显然不同。精神症状的术语可说是多如繁星。有的明晰妥贴；有的难以摸透说准；有的虽然在观念上弄得清，但结合到具体病例就对不上号。何以如此，有许多原因可循。

1. 同病异症、异病同症是医学界普遍存在的一般特性，精神病概不例外。

2. 同一病人，由于几个医生不同的诊断看法，不可避免地对该病人的精神活动作不同的理解，应用不同的术语作描述。这是精神科最常见的事。病人的一个笑容可以被不同的医理解并描述为：“愉快，充满信心”；“愚蠢，对实际存在的困境抱无所谓态度”。前者惯用于描述躁狂症，后者惯用于精神分裂症。甚至第三者可认为是“欣快，对困难根本缺乏认识”则更是惯用于器质性精神病有痴呆倾向者。

3. 同一病人，即使几医位生都持一致的诊断意见，他们在描述并归纳该病人的症状时，仍然可能出现某几个方面的、甚至截然相反的理解和描述。例如同一个慢性精神分裂症患者，甲医生认为他情感淡漠；乙医生认为其情绪仅仅偏低，并不淡漠；丙、丁医生则认为其情感范畴并无明显障碍，但以其它症状为主要诊断依据等。这种事例也是屡见不鲜的。

4. 同一病人，即使是同一医生在观察过程中甚至就在同一天的上、下午也会对该病人的精神活动作出不同的理解和描述。例如，上午认为情绪高涨、兴高采烈；下午认为是情绪偏高而愚蠢；第二天认为是高级情感淡漠；第三天甚至说是情感

脆弱不稳等等，也不少见。

上述后三种情况，足以说明对精神病症状的理解和描述存在多么大的分歧和混乱。众说纷云、莫衷一是的情况比比皆是。这既是精神病症状学的难处，也正是其重要处。众所周知，如果对病的症状尚然讲不明确、讲不统一，那还有多少价值？怎可据以为凭？又怎么进一步进行分析、统计和交流？尤其将来要进一步应用计算机技术的话。因此必须呼吁精神科医生对症状学要作深入明确的研究，并给予妥贴、斩钉截铁的定義和术语，求得共同语言。

要做到这一点决非易事。

1. 首先由于历史的原因。精神活动既然是伴随人类而来，至少已有几千年的文字记载，所以书面描述势不统一。更由于各时代、各地区、各国、各专家的研究和记叙不同，就造成古今中外、纷繁如星的局面。

2. 精神活动最丰富、最多种多样，而且难于定性，更难于计量。作为描述用的术语也因此不易达到严格、严密、确切、明晰等科学化、标准化、规范化的要求。它常常与哲学、心理学、神经病学以及日常习惯用语、口头及书面语言等多方面交叉、相重叠、相混淆。因此，症状正名学是亟待化工夫的。

3. 如果临床工作中进行检查和记录肤浅而不周密的话，更易出现难于定性、定量、定程度的情况。例如：

问：“你曾说饭里有毒药吗？”回答：“是的，我感到某人在我饭里放毒药。”如果精神检查和记录到此为止，能否就此认为仅仅是一个被害妄想呢？未必！还有一系列的精神症状须加查询和鉴别。

比如病人所吃的是一碗糖醋排骨。那末，是尝到饭菜的味道较原来的特别浓烈还是淡而无味（感觉增强或减退）？只尝

到另一种味道而根本没有甜酸味（错觉）？在吃排骨的同时还尝到另一种味道（机能性幻觉）？在吃东西的时候出现其它异常感知觉如耳边出现幻语“此菜里有毒”（折射性味一听幻觉）？或者，病人说尝到了砒霜味，死人味，其实砒霜本身无味，而死人味又有谁曾经尝到过！可见，与其说是幻觉，毋宁说是妄想，要不然就得另创一个术语“妄想性错觉”。有的病人说饭菜并无异味，但吃了以后肚子里不适，所以认为有毒。这就不是感知觉而是思维认识的障碍。而这种被害观念的形成，有的是出于一种突发的体验（原发性妄想），有的出于猜测附会甚至有较严密的推理（继发性、释义性妄想）等等。固然，味觉本身并不能精细分化，但至少应分清是感知觉异常还是理解、思维异常。

4. 精神症状不能仅仅满足于给一个术语、还要问一系列有关情况。如病人有幻听，那末还要进一步询问：幻听声音来自何方？自己如何感受到？声音熟悉吗？是男是女？讲些什么内容？听到幻语声后引起自己的情绪反应如何？自己如何对待这些幻语？会听从幻语的指使去干什么、采取什么行动吗？

5. 精神症状不能仅仅满足于现象即形式的记述，还要了解病人行为的心理活动包括动机、设想等等。如仅作粗略的观察就加以记述，甚至主观揣测、望文生义、随便下术语，则很易搞错或闹笑话，也无助于诊断，无助于疾病本质的了解。

例如，一个病人重复洗手，能否就说是“强迫洗手”？未必。它可能是：①爱洁成癖，一向如此，并不感到不必要。②甚至象小孩爱玩水那样还能作为一种乐趣、享受。③因疑病怕脏怕细菌而一再洗手，发展为欲罢不能的强迫性洗手，并为

之深感痛苦。④有的认为自己的手是罪恶的，系出于思维障碍。⑤有的出于幻觉驱使等等。因此对病人的言行举止，不但要详尽如实地描述其现象、形式；更要尽可能地进一步了解其思想内容、动机和出发点以及情感体验，才能作出妥贴的术语。

这是同一个洗手症状，即同一现象、同一形式、同一行为表现可有不同思想内容的例子。

另外有某些类同的病态思想内容却可表现为不同的现象、行为、形式及症状的实例。如有一妇女因性欲倒错而吸精并取得满足，另一妇女却强迫性地思考吸精这一观念并为克制这一冲动而深感痛苦。病者都基于吸精这一思想内容，但作为症状形式、行为表现已否付诸行动却大相径庭（引自 Fish 氏症状学）。

必须指出，上述最后一例还涉及一个极为重要的问题，即后者的观念怎么会在前者变成行为？是一种什么心理过程的障碍？什么机制？是单纯的“思想冲破束缚”，“意向增强，缺少理智自制”或者“思想品质问题”吗？真正的原因正是有待我们去钻研、发掘的病理解剖、病理生理、病理心理等本质何在。作为精神病症状绝大多数是指精神病的表现也就是精神病理的现象和形式，而本质是什么当然是进一步的研究任务。透过现象看本质，透过形式看内容，首先就要求医生所观察、所描述的症状是客观如实的、周密而有统一标准、共同语言的，否则，病理本质的探索、研究以至必要假设都会成为无本之木，无源之水。

精神病症状学的重要性以及精神病理的现象一本质、形式一内容这一对矛盾的普遍性和严肃性于此可见一斑，是不能时刻或忘的。

## 第二节 感觉和知觉障碍

### 【感觉和感觉障碍】

感觉是客观事物的个别属性，如声、光、色、形、重量、软硬、温冷、味等通过感觉器官（周围分析器）在人脑中的直接反映，构成最基本的视觉、听觉、触觉、味觉以及平衡觉、运动觉、内脏觉等。它既是很复杂的生理现象又是最基本的心理现象。

普通心理学指出感觉有许多特性，摘要介绍如下：

一、感受性与阈限——人类的各种感觉均有一定范围、幅度和常数，但各人有微小的甚至较大的差异。感受性与阈限成反比。人的不同生理状况常影响阈限，如月经期、妊娠期、哺乳期及更年期等。至于人体特异功能尚待研究。

二、适应——触觉、温觉、视觉、味觉、触觉容易产生适应，即感受性降低，对“习惯”了的感觉成分不再感觉到。如冬天穿棉衣，刚穿上感到身上压有重物，过一阵就不再有重压感。“入鲍鱼之肆，久而不闻其臭。”而听觉、痛觉不易产生适应，如隔壁的嘈声听久了自己可以不被它扰，但这是注意及情绪的问题而不是嘈声不听到。至于针灸治疗中，可能有痛觉适应，有待进一步研究。

三、感觉的相互作用——微弱的刺激物能增强对其它同时起作用的刺激物的感受性；而强的刺激物则减弱之。味觉、温觉、视（色）觉等有种对比作用，是相互诱导现象。如先吃糖果后吃苹果及其相反，会引起很不同的味觉等。

四、感受性的变化——感觉的实际感受性大大落后于感觉



器官的可能的、潜在的感受性。人各有异，感觉能力与天赋、职业训练有关。

以上种种在普通心理学有详细阐述，精神科工作者必须充分了解，否则对常见的病理的感觉障碍如感觉过敏、感觉迟钝、内感性不适和感觉质变等就无法掌握其共性和个性。切忌简单地“设身置地”、“想当然”，把病人的感觉诉述中自己没有体验过的成分一概认为是感觉障碍，有时会闹笑话。反之，又要重视倾听和分析病人的感觉改变，如口味食欲爱好的改变、饥渴感、身上冷热感、睡醒后不能解乏感或少睡意无瞌睡感等等变化一概认为“没有临床病理意义”，这样就会让一些确实有意义的症状及苗头在眼皮底下溜过去。

### 【知觉和知觉障碍】

知觉是客观事物的各种属性通过感觉器官在人脑中综合起来反映，并借助于既往的经验形成综合的、完整的映象。人得到的不但是感、而且是知即理解。

例如，言语可以仅仅是感觉（外国语、异乡语），但一般都作为知觉（本国、本地语），因为不但听到语言、语调，更知其语意、词义。

在精神科临床工作中常将感觉和知觉统称为感知觉。

普通心理学指出知觉的特性有：整体性、选择性、理解性及恒常性等，请读专著。

知觉是以对所得反映的某种了解和理解为前提。往往对此反映（即知觉）给予命名，亦即运用词，因此包括第二信号系统。正是借着言语及词的符号，才使我们迅速地在刹那间感知对象并认识和理解着它们。

知觉进一步成为观察。它是预定有某种确定目的、有意义、有计划的知觉，也是研究和考察的开始。“外行看热闹、

内行看门道。”一片树叶之于普通人、采草药者和植物学家；一位精神病人之于家属同事、内科医生和精神科医生，其观察所得是大不相同的。因此，观察乃是知觉与能动的思维的联系，称为“思维的知觉、思考的知觉。”

知觉与观察的个别差异。每个人都有他自己的感知型式和风格。有些人着重观察事物本身，对描写感兴趣，称描写的观察（第一信号系统占优势）。另一部分人主要观察事物的意义，对他们感知的对象作出解释感兴趣，称介释（释义）的观察，（第二信号系统占优势）。

常见的知觉障碍包括错觉、幻觉和感知综合障碍等，详见后述。

### 【表象】（Image, Representation）

客观事物与我们感觉器官脱离接触后，在脑内留下该事物的印象、映象即称表象，又称意象。

例如一只热水并置于桌上，一个人睁目相对时，此人通过视觉器官及视径通路在脑中（枕叶）即得到此热水并的综的、整体的反映即视感知觉。当此热水并移去或此人闭上眼睛，该客体（热水并）的视感知觉即无从获得也不再存在，可是在脑子里仍留下此物的印象和痕迹。以后，他自己想起或别人提起此物时，其脑中又会出现该热水并的形象、印象或映象，此人能具体描述出它的形状、色彩等等，这就是表象，视觉方面的表象称视表象。其它各种客观刺激如声、光、触、味等也都是如此，均能形成听觉表象、触觉表象、味觉嗅觉表象等。——其实意象一词似更妥贴，因为象在意中，即听声不在耳、视形、色不在目而在脑中。

表象是很普遍、很基本、很重要的心理现象，又是精神科工作者必须细加体味的症状学基础之一。表象、意象是心理学

术语；印象、映象是日常生活用语；痕迹、忆痕（Engram）是神经生理学术语，其实都是一回事。有的学者将人们感知及接触客观事物当时脑中所得称为映象，继而此项映象、痕迹重现称为表象。作这样的区分很有益，避免简单地将映象、表象混为一谈。

一般而言，每当接触一件客观事物、现象时，通过感觉器官接受该客体的现实的声、光、温、硬等感知觉，是认识世界的开始，也可称为“识记”。以后该客体脱离感官后脑内留下该客体的印象、映象及痕迹、忆痕。此忆痕通常情况下将移入仓库储存起来也称“保持、保存”过程。就象营业员应付顾客以后将货物自柜台上移入橱窗里以至仓库保持起来。以后在二种情况下，该客体的忆痕又重新再次出现：其一是当别人再提起此客体或自己出于某种需要而回想此客体时，该忆痕又自仓库或橱窗移至货柜上，人们又能再现此事此物、其形其声或其它感知成分。然而，这显然不是出现在眼前耳边的感知觉，而是脑内的映象，即意象、表象。因此，上述第一个过程为识记，第二个过程为保持，这第三个过程乃是表象再现，又称“回忆或再现”。另一种情况，不是他人提起或自己回想起，而是再次接触到该客体时，自己脑子仓库里的忆痕被唤起并与之相结合。“啊，这热水并就是上次看到的那只”，或者“这热水并与上次所见的那只尚有这些那些异同”。这第四个过程也是表象再次出现，但与第三个过程不同而称“再认。”——其实这就是记忆这一心理过程的最粗浅的描述，目前则旨在介绍表象是怎么回事。

在精神病学、对表象尚须作进一步的了解和体会。

## 一、表象来自知觉，其异同如下表：

	知 觉	表 象
主、客观性	1. 客观性、实体性。	1' 主观性、模象性。
空间位置	2. 存在于一定的客观空间。	2' 出现于内部主观空间、“脑海”之中。
轮廓、细节	3. 具有肯定的轮廓、表现出全部细节。	3' 只具有不定的轮廓、不能完全展现全部细节。
色泽	4. 每个感觉要素、成分都十分明确而鲜艳。	4' 多数感觉要素成分不能达到知觉的鲜艳度。视觉大都灰蒙蒙。
固定性	5. 在同样条件下可保持固定形式。	5' 浮动而易即逝，不断产生新内容。
主观努力	6. 毋须主观努力就能获得。被动地接受，不能任意使之产生、变化或消失。	6' 为意志所左右。一般需主观努力“追索回忆”始能产生，并随意志而变化或消失。

其中，1、2、3、4、5、6 = 知觉

1' 2' 3' 4' 5' 6' = 表象

1' + ( 2、3、4、5、6 )  $\cong$  真性幻觉

1' 2' + ( 3、4、5、6 )  $\cong$  伪幻觉

二、人类最基本的表象固然来源于现实的感知觉即亲身经历、亲眼目睹、当面听说以及摸过、尝过、嗅过等等。此外，第二个来源可来自画册上的形象的记载，如经画报电影的介绍而知道长颈鹿、斑马以至久已绝迹的恐龙是什么样子。第三个来源可来自文字描述的记载加上想象、塑造出千手观音、上帝、魔鬼等。第四个来源则自梦中得之，光怪陆离、出于意料及常情，但也获得某些表象。

### 三、表象的变异数种。

表象在什么情况下不易保持、不易回忆、再现或再认，是容易理解的。例如心不在焉的时候、漫不经心，看过、听过、

说过、尝过即忘。这是因为事先没有给予任务、没有提出要求、无关紧要、不免事后即忘。

表象在什么情况下不易从“柜台”移至“仓库”？是颇有讲究的。

凡是某些事物、客体与当事人关系密切、具有重大兴趣、重要意义时就“印象深刻，难以忘怀。”好的歌曲会“余音绕梁、三日不绝”，是由于引起美好的感受和享受所致。反之，与人相争时被对方骂了一、二句恰中痛处的侮辱性言语，那时即使已劝解开脱离现场接触，而自己耳边仍会有此辱骂声在耳边脑际、骚扰不去。这也是由于染有强烈的情感所致。这种正反两方面的情感色彩强烈所致的例子在正常人经常会出现。

还有一些接近病理情况的例子。曾见一位青年，原来工作能力很强、手脑敏捷经常做会议记录员。可是后来他变得无法担任此工作，因为记录时，报告者的每一句话在自己脑子里要保持比平常长得多的时间，这样他记录了一阵子到后来再也记不下去，因为前面的许多话还没有转移掉，还在耳边及脑际萦绕不去，扰人地占据“柜台”位置，以致对后面所讲的话无法接受，反而听不真切，也就无法记录，边听边记的过程就被打乱了。这是什么问题呢？从症状学角度看，当属忆痕储存速度过慢的障碍。至于临床上何以命名之，用什么术语描述，犹待探讨。（此青年系神经官能症患者，以后通过药物及解释心理治疗，解除其焦虑等治疗后，逐渐恢复如常）。

最后就是精神病理中最常见的幻觉症状。从心理病理学、神经心理学角度分析，幻觉其实就是以前脑内所保存着的种种忆痕、表象，在特定条件下不由自主地，病理地，不合理地，无法控制地再现。岂不是吗？不论是视、听、触、嗅种种幻觉，无非是以上四个来源的表象的种种自发的结合和再现而已。

#### 四、表象的神经生理基础是什么？

把表象理解为相当于忆痕，那末就可大略地把它看作是保存在神经细胞里，也许是一个细胞或其中的一些分子结构，也可能是一组细胞，因为神经细胞通过突触可以有无数远、近联系形成某种功能结构，姑且称为忆痕库。只要这个忆痕库在活动，表象就再现重生。

何种情况下表象会再现重生，前已述及，兹不赘述。Penfield氏著名实验手术很有启发，他用仅刺激单个神经细胞的微电极在未经全身麻醉的癫痫病人的颞叶脑组织上探测时，发现当刺激到某些部位时患者诉述耳边响起了数年前在某处听到的一支乐曲声，而且还能生动地描述当时场面情景。刺激停止，此体验即消失，再刺激时又复现。可见，数年前亲身经历过的忆痕保存在此神经细胞（及其功能结构）里，以后当此细胞受到电刺激而活动时，表象（而且是复杂的场面性、情景性表象）就重现再生了。——此时此刻的耳边乐曲声再现，岂不是幻听吗？只不过它不是自发的病理的。

如前述，幻觉既然是忆痕库的病理性的自发活动（兴奋），也就相当于这些神经细胞的自发放电。癫痫恰恰也有神经细胞自发放电这种机制，那末，二者就联系起来。只不过，癫痫病的发作，系那些神经细胞自发放电引起幻觉先兆，意识障碍，痉挛运动等是有比较固定的部位、程序和规律。而一般功能性精神病则极为错综复杂，难找其规律性。不管怎么说，从神经细胞自发兴奋这一环节、机制来看，则有很大的类比性。正因为这样，著名的英国学者Slater氏说，只有很好地理解癫痫，才能更深刻地理解精神分裂症。此说是很值得体味的。

至于忆痕库神经细胞何以自发地以至不合理地，病理地活动兴奋并由此产生种种表象再现及幻觉等等，除了电生理以

外，当然还有神经生化即神经介质等原因和机制。这种种都不是症状学范围。但是显而易见的是，如果不从神经解剖，神经生理，神经心理，神经生化以至分子水平来理解，那末纷繁如星的症状就可能只停留在现象学的描述上，而且越分越细，越来越繁琐，就无法掌握规律，融会贯通，达到执简驭繁，举一反三的境界，是很值得注意的。

### 【错觉】

错觉是一种被歪曲了的感知觉，是对客观事物的不正确感知。来自环境的刺激本身已构成新的、歪曲的感知的主要部分，甚至客体本身完全被后者所代替。进一步说，或可看成是刹那间表象错现。例如无意中踩着一个绒球却错觉为一只死老鼠。此时，绒球本身的感知成分完全被死老鼠的触知觉所代替，可简写为现实刺激A（绒球）→错觉A'（死老鼠）。至于死老鼠的感知成分从何而来，无疑是既往忆痕即有关死老鼠的触知觉及其表象的错现。

错觉常在下列情况产生：①环境影响如光线灰暗使感知清晰度不全。②情绪紧张或期待心情。③强烈情感体验促使主观上形成偏见，继而影响感知觉的清晰度不全。④通过想象或暗示、如凝视云彩或墙上斑驳污渍，构成幻想性错觉。⑤宗教徒迷信神鬼，通过暗示和自我暗示更形成特殊的错觉现象。

精神病人有意识障碍时最易产生视错觉。在意识清晰时产生的错觉往往持久而缺乏自知力，并可进一步演变并构成妄想。有些病人在凝视镜面时，看到自己的头成了一只猪。或者看别人的头成了一只兔子。Fish氏称之为幻象（想）性视错觉（Pareidolia）。

抑郁症病人伴自罪妄想时，常将周围的声响当作警车驶来、铁链咣啷声。此时要严格区别是错觉、幻觉或曲解、妄想

颇为困难。固然，在精神病科，错觉这一术语决不应发生象日常生活中那样把误解和错觉混为一谈。

尚须指出，错认人现象(包括Fregoli—Capgras替身症)并非错觉而是理解即认识障碍，是妄想。因为，病人实际上并非根据外貌形象之相似、变异与否来错认的。例如病人认定医生是位某首长，尽管承认医生的外貌并不象某首长；却认定他是某首长化装的。反之，认定医生成了某位公安人员，虽然病人也承认此医生的外貌服饰等并无变化，但仍坚称他的身分变成某公安人员。可见这些并非错误的知觉而是错误的理解和思想。

### 【幻觉】

没有现实刺激作用于感觉器官而出现的知觉体验，即虚幻的、无中生有的知觉。充分的完全幻觉又称真性幻觉，具有与知觉相同的确信性、鲜明生动性和不随意性等特征(如前述)。

有关幻觉种种特征请见教科书。略作一、二补充。

伪幻觉一从根本上说是一种表象过程的病理现象，同时又伴有一些知觉过程的病理特征。伪幻觉介于幻想、想象和真性幻觉之间，颇象梦境，病人有时能认识到它并不是真实的体验。有时往往反映了病人的思想内容、内心世界(自己的愿望或其相反)。而反映内心愿望这一点，颇有助于医生了解病员的内心世界。有云伪幻觉加上精神自动症(幻听指挥并帮助自己干事情)即为康金斯基征侯群。

几种听幻觉的语言及声音表象的不同再现型式如表所示：

阴性幻觉与一般真性幻觉恰恰相反，后者为无中生有，而前者却是无而有。其机理颇费推敲。曾见一例慢性精神分裂病患者，数次住院。说自己即使白天走到街上也觉得周围灰蒙蒙寂然无声，似在阴世间。虽然她从未撞上行驶过来的车辆行



	声 音		声音属性		部 位		思想属性		时 间	
	有	无	自己	异己	颅内	颅外	自己	异己	同时	继时
思维云集		✓			✓		?	✓	✓	
思维鸣响	✓		✓		✓		✓		✓	
思维回响	✓		✓		✓		✓			✓
读心症	✓			✓	✓	?	✓		✓	
精神性(听)幻觉		✓			✓			✓		
假性言语幻听	✓			✓	✓			✓		
真性言语幻听	✓			✓		✓		✓		

人。而且不只是一、二次，历时也较久，自认为“脑子很清晰”，据家属告，当时还能进行交谈等等，只不过病员自己坚称感知不到车辆行人。值得进一步探讨。

机能性(功能性)幻觉可简写为现实刺激A→感知A+幻觉A'。(A、A'表示同一种感知成分)。

建议将反射性幻觉改称为折射性幻觉，因为不是直接的反射而是漫向的折射甚至漫射。简写为A→A+幻觉B。临床描述时建议写为“折射性听—视幻觉”，表示在听到某种声音时出现了视幻觉。余类推。

幻肢症是特殊的幻觉，但不是精神病理而是神经病理现象。

**【思考题】**一位农民诉述如下：每当有线广播一响，谈论国家大事(当时开展打击经济领域犯罪活动)，我就听到广播里在点我的名，指名道姓地批判我是贪污犯……。当广播结束，也不再声音批评议论我。——以上症状何以名之？是听错觉？听幻觉？机能性幻听抑或关系观念(或妄想)？

分析如下：①就原来的广播内容(听知觉)被错听为另一种内容(仍为听知觉)而言，似乎可称为“错觉、听错觉。”